



## 6-1 医療提供体制の再構築

～いかに「総論賛成・各論反対」を脱するか～

**キーワード** ・機能分化と連携 ・地域格差 ・均てん化

### ●このテーマで目指すゴール

- ・医療計画における医療提供体制の再構築の議論を理解できる
- ・地域の医療提供体制の再構築の議論に参加できる
- ・医療提供体制の再構築の進め方を提案できるようになる

### 患者さんからの質問

心臓外科手術を受けたいのですが、近くに同じぐらいの実績の病院が3つあって、評判はまちまちで、どこで受けるか迷ってしまいます。

### ●医療提供体制の再構築とは

本書の「5-9 地域医療計画」において地域医療計画の概要を見ました。本章では、「地域医療計画に提案するために」として、もう一步踏み込んで「6-1 地域医療提供体制の再構築」「6-2 医療計画の策定プロセス」「6-3 医療計画のPDCAサイクル」の3つのポイントから、患者アドボケートとして何に取り組めばよいかを展望します。

「2025年問題」と呼ばれるように、団塊の世代が75歳となる2025年に日本の超高齢化社会が本格到来します。そのときに必要な医療と介護の資源と、現在のそれとの間には、大きなギャップがあります。全体の病床数としては、亜急性期（急性期の後）や在宅医療の提供力が不足し、高度急性期が余剰となっています。ただ、何がどれだけ不足したり余剰になるかは、地域によって事情が大いに異なります。ギャップを埋めるには、各地で大急ぎで医療提供体制を大幅に再構築し、医療や介護の資源の機能分化を進めると共に、切れ目のない連携の仕組みを作り込み、2018年ごろまでに改革のめどをつけることが欠かせません。

医療提供体制の再構築が必要なことは分かっていますが、それを実現できて2025年問題に対応できるのか、対応できないままにそのときを迎えて大混乱を引き起こすのか、予断を許さない状況です。超高齢化に伴う「多死社会」を迎える中で、看取りに向き合う体制作れずに、大混乱が発生することも想像されます。超高齢化社会に適応しつつ、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）・在宅医療などの個別疾病対策を高め、医療・介護サービス全体の最適化と“均てん化”を実現する必要があります。そうした中、医療提供体制の再構築の基軸となる政策として医療計画が改めて脚光を浴びています。

## ●医療計画における記述の現状

実際に47都道府県の医療計画の医療提供体制の機能分化などについて記載されている部分を通読すると、意外なことが分かります。地域医療の再構築に関するビジョンを明確にうたっていると感じられるところは半数にも満たません。具体的な再構築プランをある程度記載しているところは10県程度です。再構築を議論する場に関して記述があるところも同様です。

医療計画には5疾病・5事業・在宅を実施する医療機関名を掲載することになっています。しかし、医療計画の本体から容易に見つけられるのは3分の2程度です。また、必ずしもすべての県が掲載した施設の要件を記載しているわけではなく、実施医療機関全リストのようなかたちになっている場合もあります。患者・住民にとっては、医療の質や提供している機能によって施設を絞り込んでほしいのですが、何らかの絞り込みを実施しているのがすぐにはうかがえるのは10県程度です。例えば、沖縄県はがんの医療機関で専門医の配置や症例によって施設を限定しています。兵庫県は、脳卒中の医療機関の選定条件を明示し、それを見たと医療機関を表形式で整理して掲載しています。いずれにしても、医療計画上の医療提供体制の機能分化の試みは、ごく初歩的な段階にとどまっている状態です。

## ●医療提供体制再構築に向けた方向と課題

目指す姿を本当に実現できるでしょうか。医療計画を中心にした地域医療改革の実効性を高めるための基本的プランは、図1のようになっていると捉えられます。

2014年2月、通常国会に法案が提出された「医療・介護一体改革法案」（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）の中にはいくつかの施策が盛り込まれています。2014年度から「病床機能報告制度」が開始されます。これにより、医療機関が病床をどのように使用しているかが分かり、医療資源の現状が把握されます。2014年度には「地域医療ビジョン」の策定ガイドラインが作られ、2015年度のうちに各都道府県のビジョンが策定されます。これにより現状と将来のギャップを把握したうえで、それをどのように実現していくかの施策が明らかになります。

また、再編のための資金としては、約900億円の基金が用意されました。不足している機能を補うこと、過剰な機能を他に転換するに関する、都道府県知事の権限も強化されます。社会保障制度改革国民会議の報告書では、「医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である」とされ、そうした制度の検討も課題です。

さらにはデータを収集することで医療の現状を可視化し、「5-3 情報による政策誘導」で見たような「データによる制御」を医療政策のPDCAサイクルに働かせていくことも進められようとしています。データに基づく政策決定が進めば、いずれかのステークホルダー（利害関係者）の思惑が大きな影響を与えることは困難となり、政策決定プロセスがより合理的になってきます。

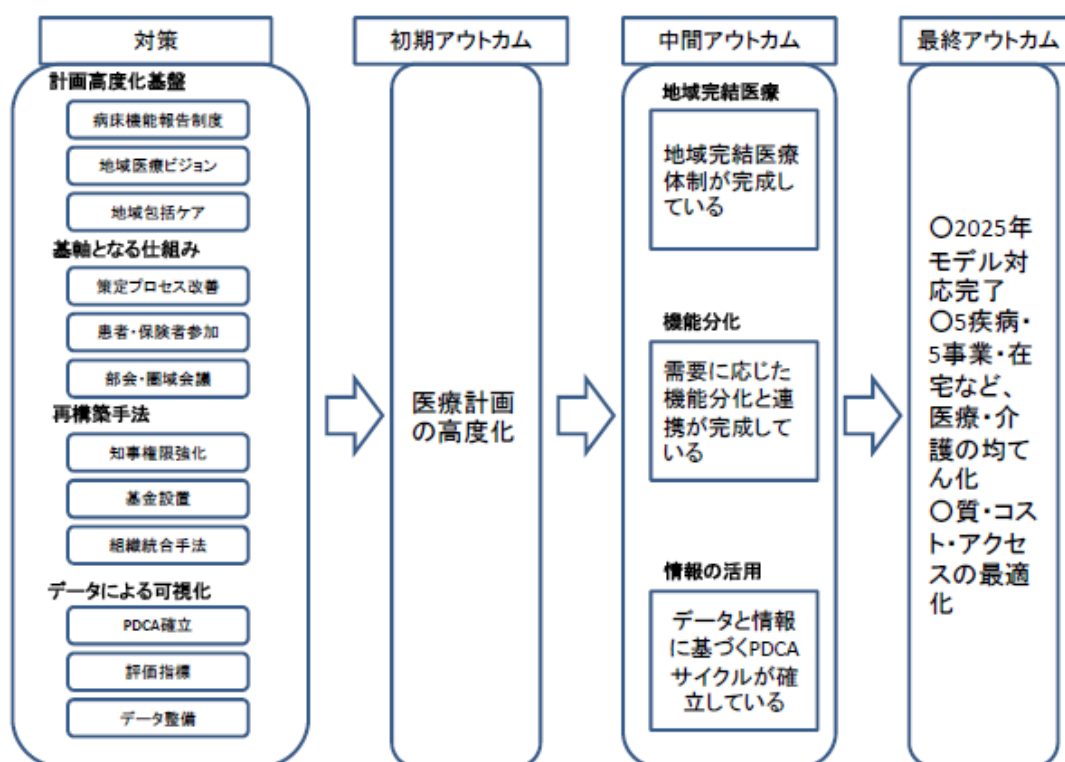
もっとも、こうしたことが整っても、再構築が実現するとは限りません。カギを握っているのは、地域での協議の場が有効に機能するかどうかです。医療計画の協議には患者・地域住民が参加することになっていますが、「5-5 審議会と報告書」でも見たように、それはまだ不十分で、ごく一部にしか参加が実現していません。また、医療保険者の役割がこれからのポイントとなりそうです。医療法 30 条を改正し「医療計画を変更する際には保険者の意見を聞かなければならない」との位置付けが入っています。保険者は加入者が共助の仕組みとして運営しているものと言えます。すなわち、医療消費者の団体でもあるのです。保険者が意見を述べる際、患者・住民の視点から意見を述べるように注視していくことが重要です。保険者の運営に患者・加入者視点の人がもっと関わる必要もあります。

たとえば、地方の県庁所在地に住んでいる人が心臓外科手術を受けることになった場合、1 時間以内の距離に 3 つの病院があることに気付いたとしましょう。それぞれ年間 30 例ずつの症例で 1 人ずつ専門医がいます。この場合、1 つの場所で 3 人の専門医で年間 90 例を手術した方が、治療成績も高まり、効率も高まり、医師の一人当たりの当直の回数も減らせ、だれにとってもメリットがあるように見えます。ですので、だれもが集約プランを作ることに賛成するかもしれません。しかし、実行に関しては「総論賛成・各論反対」となりがちです。医療機関の設立母体が県立病院と市立病院と民間病院という風に別々である場合が多いです。集約すること自体には賛成しても、病院の経営や収入に関わるため、他の施設に集約することには反対かもしれません。医師の出身大学が別々で、医師を派遣している大学の方が乗り気でないかもしれません。そんなときこそ、医療計画策定部会などで患者や保険者の委員が、地域医療の最適化という観点から意見を述べるのが重要と

## ●アドボケートにできること

まず、現在の地元の地域の医療計画を読んでみましょう。どの程度、地域医療体制の最適化への道筋が書いてあるのでしょうか。仲間と医療計画に関する勉強会を開催するのもよいでしょう。住んでいる県の地域医療ビジョンを策定する会議体がいつどのように設置されるか把握しましょう。また、患者関係者の委員、保険者の委員の座席が確保されていることを確認してみてください。あなた自身が患者関係者委員になることも選択肢の一つです。そうでなければ、積極的に会議の傍聴に行きましょう。次項「6-2 医療計画の策定プロセス」、次々項「医療計画の PDCA サイクルと評価」も参考にしつつ、全国各地の好事例を把握する作業も行いながら、地元の医療計画の質が高まるように働きかけていきましょう。保険者の立場から委員になった人と意見交換をして患者の視点を伝えることも大切になってきます。

<図1 医療計画を中心とした医療改革のロジックモデル>



◇ さらに詳しく知りたい方のために

- ・ 社会保障制度改革国民会議報告書  
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- ・ 「医療・介護一体改革法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）」 概要  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-06.pdf>
- ・ 「医療・介護一体改革法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）」 要綱  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-07.pdf>

(すべて 2014/3/22 アクセス)